FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1959. N° 540

THESE
pour le
DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

RAVARD Guy, né le 28 novembre 1929
à MAUZE sur le MIGNON (Deux-Sèvres)

Présentée et soutenue publiquement le .....1959.

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA THERAPEUTIQUE DE LA LUXATION ACROMIO-CLAVICULAIRE.

Président: M. R. MERLE d'AUBIGNE, Professeur.

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA THERAPEUTIQUE DE LA LUXATION ACROMIO-CLAVICULAIRE.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550417_0011

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1959. N°_____

THESE
pour le
DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

RAVARD Guy, né le 28 novembre 1929
à MAUZE sur le MIGNON (Deux-Sèvres)

Présentée et soutenue publiquement le .....1959.

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA THERAPEUTIQUE DE LA LUXATION ACROMIO-CLAVICULAIRE.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Président: M. R. MERLE d'AUBIGNE, Professeur.

A la Mémoire de mon Père,

A ma Mère,

A ma Femme,

qui par son soutien fidèle et tendre, m'a permis pour une large part d'arriver au terme, ce témoignage de ma tendre affection.

A mes Enfants,

A ma Tante,

à qui je dois d'avoir poursuivi mes études secondaires et médicales. Qu'elle trouve ici l'expression de ma profonde reconnaissance

A tous les Miens

A mes Amis

A Monsieur le Professeur agrégé MERLE d'AUBIGNE

Professeur de Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice,

Qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette Thèse.

Avec notre admiration et nos sentiments respectueux.

A Monsieur le Docteur LAFFITTE,

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Associé national de l'Académie de chirurgie
Membres des sociétés françaises d'urologie
et d'orthopédie
Membre correspondant de l'Académie de Médecine.
Officier de la Légion d'Honneur.

Qui nous a fourni, le sujet de cette Thèse; les éléments nécessaires à son élaboration, et nous a grandement aidé à sa rédaction.

En témoignage de profonde reconnaissance et de respectueuse admiration.

A nos Maîtres de l'Hôpital de Rochefort sur Mer

Monsieur le Docteur PELLETIER

Monsieur le Docteur MONGLON

Monsieur le Docteur GEORGE

Monsieur le Docteur DUCRET

Monsieur le Docteur HOURADOU

Monsieur le Docteur VIALA RD

Avec notre respect et notre reconnaissance.

A nos MAITRES

de la faculté de Médecine de Paris.

PROFESSEURS HONORAIRES:

MM. Aubin (A.), Bénard (H) , Brocq (P.), Bulliard (H), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Chevallier (P.), Debré (R.), Donzelot (E.), Gastinel (P.), Guillain (G.), Halphen (E.), Harvier (P.), Hazard (R.), Heuyer (G.),Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Laubry (C.), Levy-Solal (E.), Lhermitte (J.), Lian (C.), Loeper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Mulon (P.), Olivier (E.), Richet (C.), Strohl (A.), Tanon (L.), Velter (E.),

DOYEN.....Léon BINET.
Membre de l'Institut

ASSESSEUR.....Jean VERNE.

I.- PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER (G.)
Anatomie (Chaire à titre personnel)	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN(J.)
Bactériologie	FASQUELLE (R.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique (Inst. G. Roussy)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales: Beaujon	SICARD (A.)
Cliniques chirurgicales: Cochin	QUENU (J.)
Cliniques chirurgicales: Hôtel-Dieu	MENEGAUX (G.)
Cliniques chirurgicales: St. Antoine	GOSSET (J.)
Cliniques chirurgicales: Salpétrière	MOULONGUET (P.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE d'AUBIGNE (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART-D'ALLAINES(F.de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J.)

Clinique endocrinologique (Pitié).....DECOURT (J.)
Clinique génétique médicale
(Enfants-Malades).....LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca).....FUNCK-BRENTANO(P.)
Clinique des maladies cutanées et
syphilitiques (St. Louis).....DEGOS(R.)
Clinique des maladies des enfants
(Enfants-Malades).....CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses
(Claude-Bernard).....MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et
de l'encéphale (Ste. Anne).....DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques
(Necker).....HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang(Broussais)..MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système
nerveux (Salpétrière).....ALAJOUANINE (T.)

Cliniques médicales
- Broussais.....GENNES (L. de)
- Cochin.....JUSTIN-BESANÇON (L.)
- Hôtel-Dieu.....BARIETY (M.)
- Lariboisière.....SOULIE (P.)
- Pitié.....DREYFUS (G.)
- St. Antoine.....KOURILSKY (R.)

Clinique médicale d'hydrologie
thérapeutique et climatologie(Bichat)..DEBRAY(C.)
Clinique médicale propédeutique....PASTEUR VALLERY-RADOT(L.)
Clinique médico-sociale du diabète
sucré et des maladies de la
nutrition (Hôtel-Dieu).....DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)....PETIT-DUTAILLIS (D.)

Cliniques obstétricales
- Baudelocque.....LACOMME (M.)
- Port-Royal.....N...
- Tarnier.....VARANGOT (J.)

Clinique ophtalmologique (H.-Dieu).....RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique
(Lariboisière).....AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie Sociale
(Enfants-Malades).....MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie
(Laënnec).....BERNARD (E.)
Clinique psychiatrique infantile
(Salpétrière).....MICHAUX(L.)
Clinique de puériculture (St. V.de Paul)..LELONG (M.)
Clinique de rhumatologie médicale
et sociale (Cochin).....COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié).....DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale
(Vaugirard).....SENEQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale
(St. Antoine).....LEMAIRE (A.)

MM.

Clinique urologique (Cochin).....FEY (B.)
ElectroPhysiologie médicale
(chaire à titre personnel).....DJOURNO (A.)
Embryologie.....GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la
chirurgie.....N...
Histologie.....VERNE (J.)
Hygiène des collectivités
(chaire à titre personnel).....DEPARIS (M.)
Hygiène et clinique de la première
enfance (Trousseau).....TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive.....JOANNON (P.)
Médecine du travail.....DESOILLE (H.)
Médecine légale.....PIEDELIEVRE (R.)
Parasitologie.....GALLIARD (H;)
Pathologie chirurgicale.....COUVELAIRE (R.)
Pathologie exotique.....LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée...LENEGRE (J.)
Pathologie humorale et immunologie
expérimentale.
(Chaire à titre personnel).....MERKLEN (F.P.)
Pathologie médicale.....N...
Pathologie et thérapeutique générales..GARCIN (R.)
Pharmacologie etmatière médicale.....CHEYMOL (J.)
Physiologie.....BINET (L.)
Physiologie (Chaire à titre personnel)..BARGETON (D.)
Physique médicale.....DOGNON (A.)
Radiologie médicale.....DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale.....PATEL (J.)
Thérapeutique .....BROUET (G.)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES

MM.

Anatomie.....(CABROL (C.)
(COUINAUD (C.)
(OLIVIER(G.)

Anatomie pathologique...(GAUTHIER-VILLARS (Melle.P.)pr.s.ch.
(BUSSER (F.)
(GOUYGOU (Ch.)
(ORCEL (L.)
(PAILLAS (J.)

Anesthésiologie..... VOURC'H (G.)

Bactériologie.....(NEVOT (A.) pr.s.ch.
(BARBIER (P.)
(CHRISTOL (D.)
(TOURNIER (P.)

MM.

Biochimie médicale.....	(DESGREZ (P.)pr.s.ch. (POLONOSKI (J.) m.conf. (SCHAPIRA (G.)m.conf.
Biologie médicale.....	BOURLIERE (F.) m.conf.
Carcinologie.....	(DENOIX (P.) (MATHE (G.)
Dermato-Syphiligraphie..	DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie.....	LEDOUX-LEBARD (G.)
Embryologie.....	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
Hématologie.....	(BILSKI-PASQUIER (G.) (DAUSSET (J.)
Histologie.....	(GOUJARD (R.)pr.s.ch. (MAROIS (M.) (RACADOT (J.)
Hydrologie.....	CORNET (A.)
Hygiène.....	(BOYER (J.) pr.s.ch. (CORRE-HURST (Mme.L.)
Maladies infectieuses...	(BASTIN (R.) (DUPONT (V.)
Médecine légale.....	(REROBERT (L.)pr.s.ch. (HADENGUE (A.) (FOURNIER (E.) (GUENIOT (M.)
Médecine du travail.....	ALBAHARY (C.)
Neuro-Chirurgie.....	DAVID (M.)
Neurologie.....	LHERMITTE (F.)
Obstétrique.....	(GRANJON (A.) (HERVET (E.) (LE LORIER (G.) (MORIN (P.) (MUSSET (R.) (ROBEY (M.) (THOYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie.....	(BREGEAT (P.) (SARAUX (H.)
Orthopédie.....	(JUDET (R.) (RAMADIER (J.)
Oto-rhino-laryngologie..	DEBAIN (J.)
Parasitologie.....	(BRUMPT (L.C.)pr.s.ch. (CHABAUD(A.)

Pathologie chirurgicale.	(BARCAT (J/) (BINET (J.P.) (CAUCHOIX (J.) (CHATELIN (C.-L.) (DUBOST (Ch.) (DUBOST (Cl.) (FAUREL (J.) (FLABEAU (F.) (GERMAIN (A.) (LAURENCE (G.)agr.per. (LORTAT-JACOB (J.L.) (LOYGUE (J.) (MERCADIER (PERROTIN (J.) (ROBERT (H.) (THOMERET (G.)
Pathologie exotique.....	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale..	(CROSNIER (J.) (HARTMANN (L.) (LOEPER (J.) (MAURICE (J.) (PLAS (F.) (RICHET (G.)
Pathologie médicale.....	(AUSSANNAIRE (M.) (BOUR (H.) (BOUVIER (J.) (BOUVRAIN (Y.) (BRICAIRE (H.) (BRISSAUD (H.) (BROCARD (H.) (BUGE (A.) (CASTAIGNE (P.)m.conf. (CATINAT (J.) (CONTAMIN (F.) (COURY (C.) (FREZAL (J.) (HOUSSET (E.) (LAROCHE (Cl.) (LESOBRES (R.) (MACREZ (C.) (NICK (J.) (PEQUIGNOT (H.)m.conf. (ROYER (P.) (WOLFROMM (R.)
Pédiatrie-Puériculture..	(JOSEPH (R.) (MANDE (R.) (MOZZICONACCI (P.) (POLONOVSKI (C.) (ROSSIER (A.)

MM.

Pharmacologie.....(LEVY (Mlle.J.)pr.s.ch.
(BOISSIER (J.)
(LECHAT (P.)

Physiologie.....(PARROT (J.)pr.s.ch.
(DOJOURS (P.)

Physique médicale..... GOUGEROT (L.)m.conf.
Pneumo-phtisiologie..... KREIS (B.)
Psychiatrie..... PICHOT (P.)
Psychietrie infantile... DUCHE (D.)
Rhumatologie ..... DELBARRE (F.)

Stomatologie.....(CERNEA (P.)
(CHAPUT (Mme.A.)m.conf.agr.
(GREILET (M.)

Thérapeutique.....(CHASSAGNE (P.)
(LAMOTTE (M.)

Urologie..... QUENU (L.)

III.-PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES
CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE.
à titre permanent.

Clinique chirurgicale...(ABOULKER (P.)
(AMELINE (A.)
(HUGUIER (J.)
(LEGER (L.)
(OLIVIER (C.)
(PADOVANI (P.)
(POILLEUX (F.)
(ROUX (M.)
(VERNE (J.M.)

Clinique médicale.....(HAGUENEAU (J.)pr.s.ch.
(BOUDIN (G.)
(CONTE (M.)
(DOMART (A.)
(MILLEZ (P.)
(PERRAULT (M.)
(RAMBERT (P.)
(THIEFFRY (S.)
(TURIAF (J.)

Clinique neuro-rhumatologique...SEZE (S.de)

Clinique obstétricale...(GRASSET (J.)
(LEPAGE (F.)
(MAYER (M.)
(MERGER (R.)
(RAVINA (J.)

Clinique ophtalmologique (DESVIGNES (P.)
(OFFRET (G.)

Clinique oto-rhino-laryn-
gologique..... MADURO (R.)

Clinique pédiatrique et
puériculture... LAPLANE (R.)

Clinique psychiatrique.. BARUK (H.)
Clinique urologique..... KUSS (R.)

IV.- PROFESSEURS DETACHES DANS LES
UNIVERSITES ETRANGERES.

Bactériologie.....HAUDUROY (P.)pr.s.ch.
Biochimie médicale.....ETTORI (J.)pr.à t.pers.
Pathologie chirurgicale.....RUDLER (J.)pr.s.ch.

Sécrétaire général de la Faculté...M.LENA (J.)
Secrétaires.....Mme.BEURLAND (H.)
Mlle.CHAINTREUIL (G.)
Mlle.HURE (A.)

Conservateur,chargé de la direction de la Bibliothèque :
M.le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs.....Mlles.DUMAITRE (P.),GOICHON (A-M.)

Bibliothécaires..... (Mme.CONTET (J.),Mlles.LAURENT (H.)
(LE NOIR (G.),QUIEVREUX (E.)

/§/§/§/§/§/§/§/§/§/§/

- I N T R O D U C T I O N -

Ce travail porte sur 34 cas de luxations,qui ont été traités,par des techniques chirurgicales différentes.Ces techniques n'ont intéressées que des luxations vraies.Les subluxations ont été traitées par les moyens orthopédiques habituels : Immobilisation dans une grande écharpe conservée trois semaines. De ces dernières nous ne ferons pas état,puisque le procédé suffit dans la grande majorité des cas. Il n'en est cependant pas toujours ainsi puisque une fois les Auteurs ont eu une raideur articulaire,dans une forme très légère.

En fait nous ne retiendrons que les luxations vraies qui ont subi le traitement chirurgical,préféré à toute autre thérapeutique.

Les rares fois où le traitement orthopédique a été employé,c'est avec regret que l'on constata dans les suites tardives,tantôt une douleur réelle aux efforts, tantôt un aspect inesthétique certain,tantôt une impossibilité de se livrer à des mouvements de force.

Les Auteurs ont été d'autant plus tentés de le faire qu'il s'agissait d'adultes. Or comme nous le verrons dans la statistique,la fréquence est maxima à la fin de l'âge moyen de la vie.

La possibilité de faire des mouvements précoces, grâce à l'ostéosynthèse quelle qu'elle soit,diminue,de toute évidence,les chances de raideur articulaire scapulo-humérale,qui reste toujours la complication redoutable de toutes les lésions voisinant cette articulation.

En outre,ces malades ont pu bénéficier très rapidement dans les dernières années d'une rééducation systématique mécanothérapique moderne.

§%§%§%§%§%§%§%§%§

ARTICULATION ACROMIO-CLAVICULAIRE.

Quelques notions d'anatomie et de physiologie sont indispensables pour comprendre les détails des lésions, l'aspect pathologique,et même la thérapeutique.

L'articulation acromio-claviculaire est une articulation de faible amplitude,elle est classée dans le groupe des arthrodies;l'extrémité externe de la clavicule repose sur l'acromion.

Une des caractéristiques les plus importantes de cette articulation,soumise à des pressions brusques et considérables,est la forme et surtout l'orientation des surfaces articulaires,destinées à empècher la clavicule de filer en bas;d'où la fréquence des luxations hautes.

La facette claviculaire est légèrement convexe et ovalaire à grand axe oblique en avant et en dedans; elle est taillée obliquement sur la face inférieure de l'os et regarde en bas et en dehors.

La facette acromiale est à peu près plane,elle occupe la moitié antérieure du bord interne de l'acromion, elle est taillée en biseau;elle dépend de la face supérieure de l'os. Elle est ovalaire à grand axe antéro-postérieur,elle regarde en haut et en dedans.

Les deux facettes,en contact par leur moitié inférieure,sont séparées à leur moitié supérieure par un croissant prismatique,rarement par un ménisque complet, c'est le fibro-cartilage.

La capsule et les ligaments sont très peu importants.

La capsule s'insère à quelques millimètres du pourtour cartilagineux.Elle est renforcée uniquement en haut par le ligament acromio-claviculaire,qui s'étend de la face supérieure de la clavicule,à la face supérieure de l'acromion."Ses faisceaux proviennent de la transformation fibreuse des fibres du trapèze qui naissent de l'acromion. Ces fibres se séparent du muscle et prennent

une insertion secondaire sur la clavicule." (Rouvière et Olivier).De toute façon,ils ont une solidité très relative.

Au contraire,les ligaments vraiment importants de cette articulation sont ceux qui sont en dehors d'elle: le ligament trapezoïde et le ligament conoïde.

Le ligament trapezoïde est épais et quadrilataire, il est placé dans le plan frontal,il s'insère d'une part en bas,sur la moitié ou le tiers postérieur du bord interne de l'apophyse coracoïde,de là il se porte en haut et en dehors et il se termine sur le segment antérieur de la tubérosité coracoïdienne que présente l'extrémité externe de la clavicule.

Le ligament conoïde est de forme triangulaire,il est placé dans le plan sagittal,il s'insère en bas sur l'extrémité postérieure,saillante,du bord interne de l'apophyse coracoïde,en arrière du ligament trapézoïde. Les faisceaux se dirigent en éventail vers la face inférieure de la clavicule.Ils se fixent sur le segment postérieur de la tubérosité coracoïdienne.

Signalons en outre :

le ligament acromio-coracoïdien; c'est une sorte de voûte fibreuse,tendue entre le bord externe de la portion horizontale de l'apophyse coracoïde et la partie inférieure du sommet de l'acromion.Il peut jouer un rôle de soutien à distance,tout comme :

le ligament coraco-claviculaire interne,lame fibreuse qui naît du bord interne de la coracoïde en avant du ligament trapézoïde,en arrière de l'insertion du petit pectoral.Il se porte en dedans et un peu en haut et il se termine sur la face inférieure de la clavicule,le long de la lèvre antérieure de la gouttière du sous-clavier.

Le ligament coracoïdien qui est tendu entre les deux bords de l'échancrure coracoïdienne,ses fibres supérieures sont en continuité avec le ligament conoïde.Il ne joue aucun rôle pratique.

L'articulation acromio-claviculaire est le siège des mouvements d'ouverture et de fermeture de l'angle omo-claviculaire,qui accompagnent la propulsion ou la rétropropulsion de l'épaule;ce sont des mouvements de faible étendue que limitent les ligaments conoïdes et trapézoïdes.Or de par la disposition des surfaces articulaires et de la particularité des ligaments qui maintiennent les surfaces en place,il est assez facile de se rendre compte des lésions qui surviendraient en cas de chute directe sur l'épaule.

LES DIFFERENTS TYPES DE LUXATIONS ACROMIO-CLAVICULAIRES

Il existe trois types de luxations acromio-claviculaires : Sus-acromial
Sous-acromial
Sous-coracoïdien.

Nous examinerons pour chacun de ces types les caractéristiques de leur étiologie,de leur mécanisme,des lésions anatomiques et des signes.

La thérapeutique sera traitée à part et constituera un chapitre commun pour toutes les variétés.

Variété sus-acromiale.

C'est la plus fréquente de toutes les luxations de la clavicule,et la plus anciennement connue si l'on se rapporte aux ouvrages hippocratiques.

Etiologie :

Elle est produite habituellement par une chute sur le moignon de l'épaule,le coude étant rapproché du tronc.

Exceptionnellement par une chute sur le coude.

Mais aussi elle peut être occasionnée par le choc d'un corps résistant ou pesant sur le sommet de l'épaule ou par une poussée éxercée directement sur le corps de l'os de bas en haut,même par une contraction musculaire violente.

Mécanisme :

Poirrier et Rieffel ont montré que la violence devait toujours agir obliquement d'arrière en avant ou d'avant en arrière sur la région deltoïdienne.

Dans la luxation incomplète,l'abaissement violent de l'acromion amènerait une rotation du scapulum,le contact de la clavicule avec l'apophyse coracoïde et un déplacement limité.Mais si la force vulnérante continue son action,la clavicule ne pouvant suivre le mouvement d'abaissement des apophyses scapulaires,vient s'arc-bouter contre le cartilage de la première côte,rompt ses moyens d'union externe et abandonne la facette de l'acromion.

Pour certains auteurs,la contracture violente du trapèze aiderait à la production de la luxation.

Anatomie pathologique :

Il y a rupture de la capsule articulaire et distention ou même rupture du ligament acromio-claviculaire dans la luxation incomplète. Dans la luxation complète,il y a en plus rupture des ligaments coraco-claviculaires.

Symptomatologie :

Dans la luxation incomplète, la symptomatologie est peu marquée,il existe simplement quelques douleurs locales ne gènant que peu les mouvements volontaires,et une difformité atténuée caractérisée par l'existence d'une saillie légère de la clavicule au-dessus du plan acromial,saillie que la pression du doigt fait disparaître avec un claquement sourd.

Dans la luxation complète,la symptomatologie est beaucoup plus riche.

Le blessé se présente dans l'attitude des traumatisés de l'épaule : sa tête est inclinée du côté atteint, de sa main valide,il soutient l'avant-bras fléchi sur le bras.Il ressent une vive douleur au niveau du moignon de l'épaule qui est abaissé et porté en avant.

L'arc-boutant claviculaire ayanyt perdu son point d'appui externe conditionne toute la symptomatologie.

A l'inspection,on note la déformation très accusée, la clavicule chevauche l'acromion,voire même l'épine de l'omoplate.Cette déformation s'accentue lorsque le blessé essaie de porter en avant le bras;on voit alors la clavicule se soulever et menacer les téguments.Cette saillie est séparée de l'acromion par une dépression importante. L'omoplate est attirée vers le thorax et la distance de l'acromion à la fourchette sternale est diminuée.

A l'examen physique,si on mobilise doucement le membre,on se rend compte de l'intégrité de l'articulation scapulo-humérale.On peut porter dans tout les sens,et surtout en bas l'os luxé : c'est la mobilité en "touche de piano",elle s'accompagne d'un bruit de râclement et elle est douloureuse.La correction que l'on obtient par pression plus ou moins importante ne tient pas et la déformation se reproduit dès que cesse cette pression.

Diagnostic :

La luxation sus-acromiale peut être confondue surtout avec une fracture de l'extrémité externe de la clavicule ou avec une luxation de l'épaule.

Dans la luxation sus-acromiale,le bras a conservé la liberté de ses mouvements,il existe une dépression séparant l'acromion de l'extrémité externe de la clavicule que l'on peut mouvoir en divers sens.

Dans la fracture,on constatera la diminution de la longueur de l'os,la crépitation,l'irrégularité relative de la saillie et sa non réductibilité.La douleur est située en un point plus interne que l'articulation. Plus rarement,certaines lésions doivent être écartées : les contusions simples,les lésions de l'omoplate;de toute façon la radiographie précisera ces lésions.

On évitera de prendre pour une luxation incomplète la subluxation habituellement bilatérale congénitale ou acquise (boulangers).

Radiographie :

On prendra un cliché de face montrant les deux épaules.On confirmera ainsi le diagnostic et on lèvera les doutes.

Pronostic :

La luxation incomplète ne gène pas ou peu les fonctions du membre,seule persiste une légère déformation.

La luxation complète est au contraire une affection sérieuse.

Si dans certains cas elle est relativement bien tolérée;il en est d'autres où les mouvements brusques et puissants sont gênés.Dans certains cas même,la luxation a acquis une telle amplitude qu'elle est devenue irréductible avec blocage fibreux.La clavicule croise la ligne acromiale avec raccourcissement,raideur,immobilisation et atrophie sus-scapulaire.

La réduction est possible en portant le moignon de l'épaule en haut,en dehors et en arrière et en appuyant sur l'éxtrémité claviculaire lésée;mais aucun appareil suffisamment serré pour maintenir la réduction ne peut être toléré plus de quelques heures.On ne signale pas toutefois de troubles vasculaires ou nerveux.

D'autre part,les ruptures ligamentaires peuvent devenir le siège d'ossifications secondaires.

Variété sous-acromiale :

C'est une luxation très rare.

Etiologie et mécanisme :

Les causes les plus habituelles sont des chutes sur l'épaule et des pressions directes sur la clavicule.

Il est probable comme le dit Morel-Lavallée que l'extrémité externe de la clavicule appuyant sur l'apophyse coracoïde fait basculer en dedans le bord supérieur de l'omoplate,ce qui permet à l'acromion refoulé en dedans par le traumatismeet attiré dans le même sens,par les muscles élévateurs de l'omoplate,de passer sur la clavicule.

Anatomie pathologique :

L'extrémité externe de la clavicule se loge entre l'acromion et la capsule de l'épaule en se déviant un peu en arrière; les ligaments acromiens et coracoïdiens sont totalement rompus.

Symptomatologie :

A l'examen du blessé on note une déformation de la région acromio-claviculaire; le moignon de l'épaule est projeté en avant et rapproché de la ligne médio-sternale.L'abduction du bras est gênée. A la palpation on perçoit facilement l'acromion et une dépression à la place de l'extrémité externe de la clavicule.

Diagnostic :

La dépression due à la luxation de l'extrémité externe de la clavicule peut être masquée par un hématome et on peut hésiter entre le diagnostic de luxation et celui de fracture.L'acromion nettement palpable et l'absence de douleur fixe en un point constant révèleront la luxation.La radiographie en précisera la forme.

Pronostic :

Il est très favorable cette luxation n'entraîne pas de gêne fonctionnelle.

Variété sous-coracoïdienne .

C'est une lésion des plus rares.Elle aurait été observée après une chute sur le moignon de l'épaule chez des sujets âgés.La clavicule se fixerait sous la coracoïde en refoulant le petit pectoral et s'engrenant contre le col de l'omoplate.

Symtomatologie:

Il existe une douleur et une dépression au niveau du déplacement,une ecchymose locale,une double saillie formée par l'acromion et la coracoïde,une inclinaison de la clavicule.Son extrémité

externe peut être sentie dans l'aisselle.Il existe une rotation de l'omoplate dont l'angle inférieur est porté en dehors et en arrière,la liberté des mouvements du bras est conservée sauf vers haut et en dedans.

De ces variétés nous n'avons observé sur 34 cas que des luxations sus-acromiales.

§%§%§%§%§%§%§

FREQUENCES.

De tout temps connue cette lésion est rare cependant. Il nous a semblé intéressant de rechercher parmi les 34 cas la fréquence suivant l'âge et le sexe.

Suivant l'âge: on constate que la luxation acromio-claviculaire est une lésion de l'âge moyen de la vie avec une prédominance de 35 à 50 ans,c'est à dire à l'âge des efforts physiques avec perte de la souplesse articulaire et de la résistance ligamentaire.

Sur 34 cas:

De	0	à	10 ans	0 cas
"	10	"	20 "	2 "
"	20	"	30 "	3 "
"	30	"	40 "	10 "
"	40	"	50 "	11 "
"	50	"	60 "	5 "
"	60	"	70 "	1 "
"	70	&	plus	2 "

En ce qui concerne la fréquence selon le sexe,il s'agit,pour la plupart du temps d'hommes,en effet nous n'avons relevé que trois femmes atteintes de cette affection sur la totalité des observations, soit:8,8%.

TECHNIQUES ET INDICATIONS.

Sur les 34 malades opérés: 2 l'ont été par amarrage en huit de chiffre coraco-claviculaire, 3 par broche. Les autres l'ont été par anse,au fil de Danis,acromio-claviculaire.

Toutes ces luxations étaient fermées,aucune ne s'accompagnait de plaie voisine,permettant ainsi une intervention sans retard.

Cette intervention a été entreprise dans les 48 heures de l'hospitalisation.Il y a eu un cas très tardif avec déformation et blocage,ainsi que deux autres cas également tardifs mais beaucoup plus bénins.

Dans tous les cas,que cesoit ,pour un huit de chiffre, pour une broche,pour une anse,l'abord a été fait d'une façon directe,soit par une incision longitudinale parallèle

au bord antérieur de la clavicule,soit par une incision curviligne circonscrivant l'articulation à concavité postérieure.

L'abord direct rectiligne a pour lui sa simplicité, la pénétration plus directe surtout en cas de huit de chiffre. En revanche l'incision légèrement curviligne à concavité postérieure a l'avantage de mettre la région opérée à l'abri des contacts extérieurs d'une façon plus étanche.

Quelque soit le procédé employé il faut mettre à découvert les deux extrémités acromiale et claviculaire en ruginant les parties voisines,mais en prenant soin cependant de ne pas abîmer les faisceaux ligamenteux qui sont arrachés et qui ultérieurement se reconstitueront et permettront de garder à l'articulation un certain degré de souplesse.

I°) Le huit de chiffre : Dans deux cas,les plus anciens,le huit de chiffre a été employé et a consisté à faire passer sous la coracoïde un fil de Danis et à accrocher la clavicule en lui faisant faire un quart de tour.Le noeud est placé sous la clavicule.

Cette intervention est facile.Une remarque est à faire:il faut avoir un fil de gros calibre et essayer de serrer le plus possible. En effet il existe toujours une certaine élasticité et le fil ne passe pas toujours par le chemin le plus court (àquelques millimètres près).Par suite des premiers mouvements cette anse se placera tout naturellement dans l'endroit où elle a le moins de chemin à parcourir,d'où jeu ultérieur et remontée de la clavicule par rapport à l'acromion.

On est donc pris entre deux dangers:trop serrer et voir ultérieurement le fil casser,serrer correctement ,et constater ultérieurement un certain déplacement,par suite d'un cheminement léger de quelques millimètres de l'anse sur le bord supérieur de la clavicule.

Dans les deux cas les Auteurs ont constaté les ennuis signalés:

dans l'observation N°I laxité secondaire
dans l'observation N°2 la rupture.

Devant ces deux inconvénients les Auteurs ont préféré avoir recours à la broche.

2°) La Broche: Les Auteurs ont pensé que la broche, prenant les deux extrémités acromio-claviculaires, constituerait un moyen de suture plus précis permettant une souplesse plus grande sans avoir les défauts du système précédent.

Mais si l'introduction de la broche dans la clavicule est aisée,celle dans l'acromion ne l'est pas et l'on risque de faire cheminer la broche,en fait,jamais au centre même de la saillie acromiale.Comme cette saillie est très plate il n'y aura jamais d'épaisseur suffisante ,tantôtau dessus,tantôt au dessous.

Au surplus si l'on veut une certaine solidité on est obligé d'en prendre une d'un calibre suffisant. Elle trouve alors difficilement sa place exacte au milieu de l'épaisseur acromiale.

Faire pénétrer une broche dans une clavicule fracturée est une chose facile,car on voit toujours la lumière diaphysaire,la faire pénétrer dans la direction de la lumière en la pointant dans le cartilage est une chose beaucoup plus difficile.

Malgré sa simplicité théorique cette opération a toujours semblé très délicate aux Auteurs, et ils n'ont jamais eu la sensation de la réussir idéalement dans les trois cas où ils l'ont entreprise.

De toute façon le procédé qui dans ce cas leur a semblé le plus commode est celui d'embrocher d'abord l'acromion de dedans en dehors puis de reprendre en sens inverse de dehors en dedans l'embrochage de la clavicule . La broche est coupée au ras de voûte,la pointe rabattue, et la peau refermée.

Jamais les Auteurs n'ont placé la broche sans ouvrir le foyer de luxation.

3a) <u>Suture à l'Anse de Danis</u>: Les Auteurs ont utilisé deux systèmes:

Au début l'anse etait placée sur <u>un plan horizontal</u>. Après avoir ruginé les deux extrémités en ayant soin de conserver intactes les surfaces cartilagineuses on perforait l'acromion et la clavicule à un centimètre environ de leurs extrémités et on nouait l'anse: soit en avant,soit en arrière,après l'avoir solidement serrée et tendus les brins.Mais dans cette formule on se trouvait dans les mêmes condition de difficultés qu'avec la broche,pour faire cheminer le fil dans une épaisseur d'os relativement faible.

Dans une deuxième série les Auteurs l'ont placée non plus dans une position horizontale,mais suivant un <u>plan vertical</u> en s'éloignant des extrémités cartilagineuses d'un bon centimètre.Ici les difficultés sont d'un autre ordre que précédemment:

Dans l'anse mise sur le plan vertical la difficulté,et la seule,est de passer suffisamment loin du côté acromial pour que le brin ait de son côté interne une quantité de tissu osseux suffisante pour qu'il ne le coupe pas.

Or si du côté claviculaire la zône osseuse est rapidement trouvée puisqu'on perfore dehaut en bas; du côté acromial on risque,par suite du même sens deperforation,d'être trop en dedans et d'avoir ainsi un fil appuyé sur une quantité de tissu osseux trop faible.

D'autre part si la clavicule,partie inférieure, se voit aisément et d'autant plus aisément qu'elle est mobile,la voûte acromiale ne laisse pas beaucoup de place en dessous et est immobile,on est obligé de ruginer à l'aveugle;il faut aller très loin en dehors.

C'est toujours également pour cette même raison, d'éviter une section osseuse toujours possible,qu'il faut employer un gros fil. Il a en effet moins tendance à couper qu'un autre plus fin.

Quelques remarques sont à signaler sur la manière de passer le fil.Il vaut mieux commencer par l'acromion en allant de haut en bas,puis continuer par la clavicule de bas en haut puisque son abord est plus aisé.

Le mode de serrage a une certaine importance. Il vaut mieux faire rapprocher d'abord les surfaces articulaires par pression excercée par un aide,on tire les brins de bas en haut ensemble,une rugine refoule en même temps la partie du fil sous acromio-claviculaire en applatissant la demie ansé inférieure;la partie supérieure est alors constituée par serrage toujours en appuyant le brin contre l'os.Il faut éviter de fermer le cercle en tirant à distance,on diminue ainsi les chances de section.

De même le degré de serrage doit être l'objet d'une remarque:il n'a pas besoin d'être aussi absolu que dans une ostéo-synthèse.Le but n'est pas le même;on recherche ici une juxtaposition et non un blocage.Cette juxtaposition n'a qu'un intérêt temporaire d'ailleurs, pour la reconstitution du manchon fibreux.Ce manchon peut avoir un certain jeu,à condition qu'il soit limité. Il vaut mieux qu'il y en ait un peu. D'autre part en même temps les ligaments trapézoïde et conoïde se reconstitueront nullement gênés par ce faible jeu.

A noter,que du côté claviculaire il n'y a aucun intérêt à ébarber les filaments ligamento-aponévrotiques restant et qu'il vaut mieux,si l'on peut,les suturer et mettre quelques points. La torsade doit être rabattue en arrière et du côté acromial;il semble que le noeud sera ainsi plus effacé.

Les Auteurs ont l'habitude de suturer les plans sous-cutanés par un fin catgutt et de réunir les lèvres de la plaie par un crin placé en va et vient en U.

Dans tous les cas les AUteurs ont pu rapprocher avec extrême facilité les extrémités osseuses ,malgré le retard constaté pour l'intervention:Observation N°..4
" " .13

Mais il ya un cas:observation N°.20, où le malade fut vu très longtemps après son accident. Il présentait une saillie à la fois inesthétique,douloureuse et irréductible. En outre le malade était incapade mouvements.Il souffrait beaucoup et est venu lui-même demander qu'il soit opéré pour l'améliorer.

Dans ce cas les Auteurs ont été obligés de faire une grande incision,d'attaquer non seulement à la rugine,mais encore au ciseau à froid la synostose acromio-claviculaire. Lorsque la clavicule fut libérée ils ont été heureusement surpris par la facilité avec laquelle ils ont pu alors,mais seulement alors,rapprocher les deux surfaces articulaires.

Suites thérapeutiques.

Les suites immédiates furent toutes simples,le bras est mis en écharpe de 7 à I5 jours,rarement plus longtemps comme pour les cas 4,I4,et I6.Les fils sont enlevés vers le huitième jour,et les mouvements sont commencés au douzième jour.

Les mouvements ont été presque toujours des mouvements actifs,demandés au malade par persuasion.Au début il est aidé par des mouvements passifs,en particulier d'abduction ,avec mise au repos sur une table avec une pile de planches progressivement élevée.

Les malades sont restés à l'hôpital de 9 à 2I jours (avec une moyenne de I5 jours).Après la sortie de l'hôpital le malade est suivi quand même par un mécanothérapeute,si on redoute une indifférence ou une crainte.

Les suites tardives sont excellentes et les malades ont tous sans exception repris leur métier.

Nous avons eu l'occasion d'en examiner I7 d'une façon récente.

Les examens que nous avons faits nous permettent d'envisager les malades suivant différents aspects.

Sur le plan esthétique,l'étude de l'épaule nous montre qu'ils sont tous parfaits sauf 2 cas:

Observations 9 et I3

L'une,moignon de l'épaule abaissé (9)
L'autre " " " " surrélevé (I3)

(Il s'agissait dans ce dernier cas d'une luxation ancienne de I mois.)

Sur le plan des mouvements :

L'élévation est:
parfaite.....dans I3 cas
diminuée de 20° dans I cas
limitée à...90° dans 4 cas.

L'abaissement est parfait dans tous les cas.
L'abduction est parfaite dans tous les cas.
L'adduction est parfaite dans tous les cas.
La rotation interne est parfaite dans tous les cas.
La rotation externe est parfaite dans tous les cas.
La projection en arrière est parfaite dans I2 cas.
limitée dans 5 cas.
La projection en avant est parfaite...dans I3 cas.
limitée à 90°.....dans 3 cas.
limitée à 60°.....dans I cas.

Il n'y a aucun troubles trophiques dans I6 cas.
Il éxiste une légère atrophie musculaire du bras dans I cas.

Dans aucun cas on a observé de troubles nerveux.

La synthèse des récupérations fonctionnelles montre ainsi que la restitution :

I°) ad integrum a été obtenue dans I2 cas.

2°) Il y a eu 4 cas où la récupération peut être considérée sinon comme parfaite, tout au moins comme très bonne, ce sont les cas 6,9,I3 et I6.

3°) Un cas où les résultats ont été moins bons Mais il s'agit d'un malade de 75 ans.

Il s'ensuit que dans ce cas au prix d'une intervention bénigne les Auteurs ont eu des résultats voisins de la perfection.

OBSERVATIONS.

.....

Nº I.- Monsieur App.....24 ans.

Entre le 26 août I938

Luxation acromio-claviculaire sous-daltoïdienne

Intervention : Un fil d'acier rapproche la clavicule de la coracoïde.Notons qu'il y eut secondairement une laxité de l'articulation.

Nº 2.- Monsieur De...35 ans.

Entre le 7 novembre I938
Opéré le 7 novembre I938

Luxation complète acromio-claviculaire avec rupture complète des ligaments conoïde et trapézoïde.

Amarrage en Huit de la coracoïde à la clavicule, hémostase,suture.

Tous les mouvements sont récupérés,malgré la rupture secondaire du fil.

Nº 3.- Madame Mag....55 ans.

Entre le I4 janvier I957.
Sort le 30 janvier I957.

Accident le I3 janvier.
Luxation acromio-claviculaire gauche.

Intervention le I4 janvier :
Pose d'un fil de Danis rapprochant l'acromion à la clavicule.
Immobilisation par écharpe I5 jours.

Mouvements actifs I5 jours après l'intervention. (la malade n'a jamais été aidée.)

Les suites immédiates et tardives furent excellentes.

L'état actuel est parfait:l'articulation est normale,les mouvements sont tous récupérés;il n'existe aucune atrophie;il n'y a pas de douleurs ni de troubles nerveux.

N° 4.- Monsieur Ni.....68 ans.

Entre le 25 JUIN I958
Sort le 25 juillet I958.

Luxation acromio-claviculaire gauche.

Le 25 juin mise en place d'un cercle
Immobilisation par plâtre 30 jours.
Les mouvements passifs sont entrepris dès l'ablation du plâtre; les mouvements actifs le sont 8 jours après.

Les suites immédiates et tardives furent excellentes.
L' état actuel est parfait,l'articulation est normale,tous les mouvements sont normaux.Il n'existe aucune atrophie,il n'y a pas de douleurs ni de troubles nerveux.

N°5.- Monsieur Gri.....27ans.

Entre le 23 février I959
Sort le 9 mars I959

Luxation acromio-claviculaire droite.

Intervention le 24 février: découverte du foyer, mise en place d'un fil métallique rapprochant l'acromion de la clavicule.
Immobilisation I0 jours par écharpe.
Les mouvements actifs sont exécutés 10 jours après l'intervention (il n'a jamais été aidé.)

Le travail a été repris 44 jours après l'opération
Les suites immédiates et tardives furent excellentes

L'etat actuel est parfait,l'épaule est normale,tous les mouvements sont récupérés ,il n'existe ni douleursni troubles nerveux ou trophique.

N° 6.- Monsieur Po.....34 ans.

Entre le 25 janvier I959 Accident le 23 janvier
Sort le 27 février I959

Luxation acromio-claviculaire droite.

Intervention le 26 janvier: mise en place d'un cercle.
Immobilisation par écharpe I5 jours
Les mouvements actifs sont repris le I0 février
Le travail est repris le I^er^avril.
Les suites immédiates et tardives furent excellentes.

Etat actuel:

L'épaule ne présente pas de déformations.Ilexiste quelques douleurs au niveau de l'omoplate.
L'élévation de l'épaule est diminuée de 20°
La projection en arrière est limitée à 20°
La projection en avant est limitée à 60°

Les autres mouvements sont normaux.Il n'y a ni troubles trophiques ni nerveux,il n'y a pas de douleur.

Nº 7.- Monsieur Mar.....43 ans.

Entre le 24 janvier 1959.

Polyfracturé par accident de moto;il est resté quatre mois à l'hôpital.

Il existe en perticulier une luxation acromio-claviculaire droite.

Cerclage et fermeture.

Immobilisation par écharpe 10 jours.

Les mouvements acctifs sont repris 10 jours après l'intervention.

Les suites immédiates et tardives furent excellentes.

L'état actuel est parfait.L'aspect de l'épaule est normal.Tous les mouvements s'exécutent normalement.Il n'y a pas de trouble trophique ni nerveux,ni de douleur.

Nº 8.- Madame Ber....46 ans.

Entre le 31 décembre 1958.
Sort le 17 janvier 1959.

Accident de la voie publique.

Luxation acromio-clviculaire avec arrachement parcellaire,droite.

Le 5 janvier 1959 suture de la luxation acromio-claviculaire par une anse au fil de Danis.

Immobilisation de 12 jours par écharpe.

Les suites immédiates et tardives furent excellentes.

L'état actuel est parfait.L'aspect de l'épaule est normal.Tous les mouvements s'éxécutent normalement. Il n'y a aucun trouble.

Nº 9.- Monsieur PR.....57 ans.

Entre le II novembre I957.
Sort le 24 novembre I957.

Luxation acromio-claviculaire.
Intervention le I2 novembre :mise en place d'une anse acromio-claviculaire au fil de Danis.
Immobilisation par écharpe I2 jours.
Reprise des mouvements actifs I2 jours après l'intervention(Il n'a jamais été aidé.)
Reprise du travail 2 mois après l'intervention.
Les suites immédiates et tardives furent excellentes.

Etat actuel :l'aspect de l'épaule montre une légère dénivellation par rapport au côté sain.L'étude des mouvements montre une limitation de la projection en avant et en arrière.Les autres mouvements sont normaux.
Il n'existe aucun trouble.

Nº IO.- Madame Vi.....44 ans.

Entre le 4 novembre I957.
Sort le I6 novembre I957.

Disjonction acromio-claviculaire droite.
Intervention le 5 novembre :
Ablation de la parcelle la plus externe de la clavicule,détachée du cartilage articulaire,permettant une coaptation parfaite de la clavicule et de l'acromion,solidarisés par un fil métallique.
Immobilisation par écharpe 2I jours.
Les suites immédiates et tardives furent excellentes.Les mouvements actifs sont repris 3 semaines après l'intervention(cette malade n'a jamais été aidée.
La reprise du travail a eu lieu 3 mois après l'intervention.
Tous les mouvements sont normaux.
Il n'y a aucun trouble.

Nº II.- Monsieur La.....35 ans.

Entre le Ier octobre I957
Sort le I6 novembre I957

Luxation acromio-claviculaire droite.

Pose d'un fil de Danis acromio-claviculaire après réduction.
Immobilisation IO jours dans une écharpe.

Mouvements actifs IO jours après l'intervention (il n'a jamais été aidé.)
Reprise du travail I mois½ après.
Les suites immédiates et tardives furent excellentes.
L'état actuel est parfait :il existe simplement une cicatrice légèrement rétractile.
Les mouvements sont normaux.
Il n'y aucun trouble.

Nº I2.- Monsieur Mo.....42 ans.

Entre le 9 août I957
Sort le 24 août I957

Luxation acromio-claviculaire gauche.

Intervention le IO août.Pose d'une anse acromio-claviculaire au fil de Danis.
Immobilisation 6 jours par une écharpe.
Reprise des mouvements actifs 6 jours après l'opération.
Reprise du travail 2 mois après l'opération.
Les suites immédiates et tardives furent excellentes.
L'état actuel est parfait.Tous les mouvements s'exécutent normalement.
Il n'y a aucun trouble.

Nº I3.- Monsieur Au.....54 ans.

Entre le 2I juin I956.
Sort le 3I juillet I956.

Luxation acromio-claviculaire datant d'un mois, irréductible.
Intervention le I8 juillet:incision en regard de l'articulation et cerclage de l'extrémité externe de la clavicule à l'acromion,par deux cercles;l'un des cercles au moment du serrage coupe la capsule.Le 2 octobre ablation du fil.
Reprise des mouvements quelques jours après l'intervention.Il n'y a jamais eu d'aide.
Reprise du travail trois mois après l'opération.
- Aspect actuel : il existe une légère surélévation de l'épaule.

L'étude des mouvements montre que :
l'élévation de l'épaule est limitée à 90°
la projection en arrière est limitée à 30°
la projection en avant est limitée à 90°
Les autres mouvements sont normaux.
Il n'y a aucun trouble.

Nº I4.- Monsieur Aug.....75 ans.

Entre le 7 septembre I955
Sort le I0 septenmbre I955

Accident le 7 septembre

Luxation acromioèclaviculaire gauche.
Intervention le I0 septembre :mise en place d'une anse acromio-claviculaire au fil de Danis.
Immobilisation 3 mois par écharpe.
Les mouvements actifs ont été repris 3 mois après l'intervention.
Les suites immédiates et tardives furent excellentes.

L'état actuel est à peu près satisfaisant.Les mouvements sont cependant limités à 90°.La flexion du cou est diminuée.

Nº I5.- Monsieur Nie.....52 ans.

Entre le 7 septembre I953
Sort le 28 septembre I953

Luxation acromio-claviculaire droite.

Intervention le 9 septembre :mise en place d'un fil métallique en U.
Immobilisation 30 jours par écharpe.
Reprise du travail le Ier novembre.
Les suites immédiates et tardives furent excellentes.
L'état actuel est parfait.Tous les mouvements sont récupérés.Il n'y a pas de trouble.

Nº I6.- Monsieur Cr.....50 ans.

Entre le II juin I953
Sort le 29 juin I953

Accident le 20 avril I953.

Luxation acromio-claviculaire ancienne de 2 mois½

Mise en place d'un cercle acromio-claviculaire.
Immobilisation 2I jours par écharpe.

Les suites immédiates et tardives furent excellentes.

Etat actuel:il existe une atrophie modérée de l'épaule et du bras,quelques douleurs avec irradiation cléido mastoïdiennes.

L'élévation de l'épaule est limitée à 90°
La projection en arrière est un peu limitée
Les autres mouvements sont normaux.
Il n'y a pas de trouble nerveux.

Nº I7.- Monsieur Mai....40 ans.

Entre le 30 septembre I952
Sort le II octobre I952

Luxation acromio-claviculaire gauche.

Intervention le Ier octobre.

Mise en place d'un fil en U acromio-claviculaire.
Immobilisation I0 jours par écharpe.
Les mouvements actifs furent repris I0 jours après l'intervention.
Les suites immédiates et tardives furent excellentes.

L'état actuel est parfait.Les mouvements sont normaux.
Il n'y a aucun trouble.

Nº I8.- Monsieur Gai.....37 ans.

Entre le Ier octobre I952
Sort le I0 octobre I952

Luxation acromio-claviculaire gauche.

In tervention le 2 octobre I952: embrochage par broche de Kirtchner prenant la totalité de l'acromion et la clavicule sur 4 cms. environ.
Immobilisation I0 jours par écharpe.
Les suites immédiates et tardives furent excellentes.
La broche fut enlevée le 27 novembre I952.
Les mouvements actifs furent repris I0 jours après l'intervention.

L'état actuel est excellent.Tous les mouvements sont normaux.

Il n'y a aucun trouble.

Nº I9.- Monsieur Fau.....4I ans.

Entre le 27 mars I95I
Sort le I0 avril I95I

Luxation acromio-claviculaire .

Cerclage acromio-claviculaire par fil de Danis.
Ablation du fil le I9 novembre I952.

Immobilisation 3 jours par écharpe.
Reprise du travail un mois après l'intervention.

L'aspect actuel est parfait.Les mouvements sont normaux.

Il n'y a aucun trouble.

Nº 20.- Monsieur Bo.....30 ans.

Entre le 5 décembre I958
Sort le I8 décembre I958

Le malade vient avec une ancienne luxation acromio-claviculaire,avec saillie considérable sous la peau, de l'extrémité externe de la clavicule;cette dernière est complètement bloquée.

Le 6 décembre I958 après une incision longitudinale à cheval sur l'articulation,on est obligé,non seulement de ruginer les parties fibreuses,mais aussi de sectionner au ciseau les néoformations osseuses développées d'une part en arrière aux dépends des ligaments acromio-claviculaires;et encore sur le bord inférieur aux dépends des ligaments coraco-claviculaires.Lorsque cette section a été faite,on a fait une suture au fil d'acier avec quelques points aux crins sur la partie fibreuse.

Nº 2I.- Monsieur Ber.....33 ans.

Entre le I7 mars I958
Sort le 2 avril I958

Luxation acromio-claviculaire.
Intervention le 20 mars.

Incision curviligne, mise en place d'un fil d'acier acromio-claviculaire.

N°22.- Madame Ma.....60 ans.

Entre le 30 décembre I957
Sort le II janvier I958

Luxation acromio-claviculaire gauche.
Intervention le 30 décembre I957. Mise en place d'une anse acromio-claviculaire au fil de Danis.

N° 23.- Monsieur Yo.....49 ans.

Entre le 27 mai I949
Sort le 2I juin I949

Luxation acromio-claviculaire droite.
Intervention le 2 juin: passage en U d''un fil réunissant l'acromion et la clavicule après perforation des deux os de haut en bas.
Le 29 juillet I949 on enlève le fil.

N° 24.- Monsieur Bou....3I ans.

Entre le 25 mars I949
Sort le 26 mars I949

Luxation acromio-claviculaire droite.
Intervention le 25 mars: mise en place d'une broche solidarisant l'acromion et la clavicule.

N° 25.- Monsieur V.....20 ans.

Entre le 29 mars I949
Sort le 2 avril I949

Luxation acromio-claviculaire gauche.
Mise en place d'une broche.

N° 26.- Monsieur Br.....38 ans.

Entre le 4 novembre I95I
Sort le I3 novembre I95I

Luxation acromio-claviculaire .

Intervention le 5 novembre.
Suture en U avec fil acromio-claviculaire.

Nº 27.- Monsieur Lu;.....3I ans.

Entre le 7 mai I953
Sort le I6 mai I953

Luxation acromio-claviculaire.
Intervention le 9 mai:ligature métallique acromio claviculaire après réduction.

Nº 28.- Monsieur Du.....7I ans.

Entre le 3 décembre I953
Sort le I2 décembre I953

Luxation acromio-claviculaire gauche.
Intervention le 4 décembre:mise en place d'un fil de Danis en U acromio-claviculaire.
Ablation du fil le II février I954.

Nº 29.- Monsieur Cr.....I8 ans.

Entre le 2I mai I957
Sort le Ier juin I957

Luxation acromio-claviculaire droite.
Intervention le 22 mai :réduction et contention par cercle métallique acromio-claviculaire.
Ablation du fil non toléré le 20 juillet I957.

Nº 30.- Monsieur Col.....50 ans.

Entre le 3 juillet I957
Sort le 24 juillet I957

Disjonction acromio-claviculaire droite.
Intervention le 4 juillet I957:mise en place d'un fil acromio-claviculaire.
Quand le fil acromio-claviculaire est enlevé, le 28 septembre I957,le malade signale au niveau du médian de petites douleurs qui irradient jusque dans la main.

Nº 3I.- Monsieur So.....50 ans.

Entre le 2I août I957
Sort le 7 septembre I957

Luxation acromio-claviculaire droite.
Intervention le 23 août I957:réduction et cerclage acromio-claviculaire au fil métallique.

Nº 32.- Monsieur Den.....34 ans.

Entre leI3 septembre I958
Sort leI4septembre I958.

Luxation acromio-claviculaire gauche.
Mise en place d'un fil métallique en cadre.

Nº 33.- Monsieur Pai.....48 ans.

Entre le 20 novembre I958
Sort le 4 décembre I958

Chute de vélo-solex.
Polyblessé :en particulier douleur à l'épaule gauche.La radiographie montre une disjonction acromio-claviculaire.
Le 24 novembre,incision de la région sus scapulaire et mise en place d'un fil en U acromio-claviculaire.

Nº 34.- Monsieur PI.....37 ans.

Entre le 5 janvier I959

Accidenté polyblessé.
En particulier :Luxation acromio-claviculaire droite.
Le 7 janvier I959 mis en place d'un cercle acromio-claviculaire au fil de Danis.

! !
§%§%§%§%§%§%§%§%§%§

C O N C L U S I O N S .

La luxation acromio-claviculaire est une luxation rare quoique signalée et individualisée de tout temps.

Son existence dépend en grande partie de la faiblesse relative du système ligamentaire direct par rapport à un système indirect (ligaments conoïde et trapézoïde) puissant;ainsi que de l'orientation des surfaces articulaires.

Ce sont le plus souvent les chutes qui en sont les causes,beaucoup plus accessoirement les traumatismes directs ou les efforts musculaires.

Bien que par son pronostic, elle ne passe pas pour une lésion réclamant un traitement chirurgical systémaque,il faut reconnaître que si les subluxations créent en effet une impotence fonctionnelle négligeable,il est loin d'en être de même pour les luxations vraies surtout chez les travailleurs de force.Tous les intermédiaires existent.

Une luxation importante négligée peut être la cause d'une impotence fonctionnelle importante.

Les subluxations relèvent uniquement du traitement orthopédique,les luxations vraies sont influencées favorablement par le traitement chirurgical en raison:

1º) De l'absence pratique d'immobilisation chez les gens d'un certain âge (cas fréquent).

2º) De l'esthétique certain qu'elle procure.

3º) De la reconstitution anatomique supérieure,permettant à coup sûr et dans tous les cas les travaux de force.

Les ostéosynthèses ont été faites suivant les trois procédés ci-après:

1º) Huit de chiffre coraco-claviculaire.

2º) Broche de Kirtchner.

3º) Anse au fil de Danis;
soit horizontale,
soit verticale.

I°) Le huit de chiffre coraco-claviculaire ne paraît pas être le meilleur procédé,parce qu'il est difficile de le mettre juste au point et qu'il existe un bras de levier jouant contre sa solidité.

2°) La broche est difficile à placer par suite du manque d'épaisseur de l'acromion.En outre les surfaces articulaires sont toujours traumatisées par la broche.

3°) L'anse au fil de Danis paraît être aux Auteurs le procédé de choix.Elle a moins tendance à couper l'os,sous la seule réserve d'aller chercher très loin le tissu osseux de bonne qualité.

L'immobilisation dans un appareil plâtré estinutile l'écharpe suffit;les mouvements actifs ont commencé dars tous les cas à partir du dizième ou du douzième jour.

Les suites tardives se caractérisent par une absence de séquelles,les personnes âgées ont trouvé dans 95% des cas une restitution ad integrum.

§%§%§%§%§%§%§%§%§%§

-BIBLIOGRAPHIE-

ARANJO (Achille de) (Rio de Janeiro): Traitement chirurgical de la luxation acromio-claviculaire. Revista brasilica de cirurgia 2ème année n°2 février 1933.

CHARRY René: Fracture à gros déplacement de la clavicule associée à une disjonction acromio-claviculaire. Revue d'orthopédie T. XX n°1 janvier 1933 p.48.

CHIGOT Pl. ROUGERIE J. BOSSEFFARD J.: Traitement de la luxation acromio-claviculaire. Semaine des hôpitaux 18 Juin 1949.

DESCOMPS: Le traitement sanglant des luxations acromio-claviculaires. Bulletin et mémoires de la société de chirurgie 21 février 1923 p. 294.

FELSENREICH (Vienne): La réduction sanglante de la luxation acromio-claviculaire complète par ostéosynthèse extra-articulaire au fil. Zentralblatt für chirurgie, 62ème année, 13 avril 1935 n°15 p. 871à 874.

FORTON P.: Trois cas de luxation acromio-claviculaire. Réunion d'orthopédie et de l'appareil moteur de Bordeaux séance du 26 mars 1936, in journal de médecine de Bordeaux n°25-27 p. 647.

FURST M.: Une technique opératoire de la luxation acromio-claviculaire. Zentralblatt für chirurgie 1933 n° 1.

GINDOR J. P.: Traitement de la luxation acromio-claviculaire complète par brochage extra articulaire, rapportde Leveuf. Mémoires de l'académie de chirurgie T. 71 14 nov. 1945. n°27 p. 415-416.

JULIUS F. NEVIASER (Washington): Luxation acromio-claviculaire traitée par transférence du ligament acromio-coracoïdien. Archives of surgery mars 1952 p.292-297.

Lasserre Ch. et LASSERRE J.: Traitement de la disjonction acromio-clavioulaire. Revue d'orthopédie 1950.

MOFFAT (de New-York): Luxation acromio-claviculaire. (Surgery, gynecology and obstetrics, juillet 1925 n° 1 vol. XLI p. 73.

MOTTA A. : Luxation acromio-claviculaire.
Acta ortopédica traumatologica Iberica vol. I fascicule I p. 73.

MOUCHET Alain: Luxation de l'extrémité acromiale de la clavicule chez un enfant,
Revue d'orthopédie T. XVI nº 1 Janvier I929.

PAIS Carlo (Boulogne): Brochage temporaire dans le traitement de la luxation acromio-claviculaire.
Revue d'orthopédie I947.

ODELBERG Alex: Méthode opératoire pour luxation acromio-claviculaire.
Acta chirurgica scandinavica. Vol.98 - fascicule 3-6 p. 507/5I0.

PRAT Pierre-paul: Luxation des extrémités de la clavicule: traitement sanglant - résultat éloigné.
Académie de chirurgie séance du Ier juillet I936
Mémoires T. 62 nº 23 p. I009 à I0I2 rapport M.F.M. Cadenat.

ROCHER et MALAPATTE: Luxation acromio-claviculaire,ostéosynthèse par fil de Kanguroo.
Société d'anatomie clinique de Bordeaux 20 Février I929 nº5 p. I45.

SCHWARTZ A.: Luxation acromio-claviculaire complète,résection de l'extrémité externe de la clavicule. Résultat excellent .
Société de chirurgie séance du 9 décembre I925
Bulletin et mémoire T. LI fas. 33 I9 décembre I925 p. II36.

SOUPAULT Robert: Luxation acromio-claviculaire,opération de Cadenat.Bon résultat fonctionnel (rapport de Cadenat) Bulletin et mémoires de la société de chirurgie I4 février I923 p. 236/237.

STERLING BUnnel (San Francisco): Greffe aponévrotique pour luxation acromio-claviculaire (
Surgery,gynecology and obstetric T. XLVI nº 4 avril I928 p. 563/564.

TOURNEUX et BERNARDBEIC: Luxation simultanée des deux extrémités de la clavicule,
Bulletin de la société anatomique nº 8-9 Octobre I92I p. 423.

WAHREN Herman: Luxation acromio-claviculaire (examen tardif)
Acta orthopedica scandinavica I936 vol. VIIfascicule I p. 423.

WITOLD Ared (Szezecinie): Luxation acromio-claviculaire.
Revue polonaise de chirurgie orthopédique
I954 T. XIX fascicule I P. 7/I4.

Vu,

Le Doyen de la Faculté

Vu,

Le Président de Thèse

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de L'Académie de Paris.